

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THEO NGUYÊN NHÂN CỦA ĐAU ĐẦU CẤP TÍNH KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG Ở TRẺ TỪ 7 ĐẾN 15 TUỔI

Lê Ngọc Duy^{1,✉}, Tạ Thị Hiền², Nguyễn Thị Thu¹
Hoàng Thị Lan Phương¹

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Đại học Phenikaa

Nghiên cứu mô tả hồi cứu 309 trẻ nhập Khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021 nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng theo một số nguyên nhân đau đầu cấp tính không do chấn thương ở nhóm trẻ từ 7 - 15 tuổi. Đau đầu cấp tính hay gặp ở trẻ trai, với tỷ lệ ở trẻ trai/gái là 1,5/1. Tuổi trung bình là $9,6 \pm 2,1$ tuổi. Nguyên nhân thường gặp nhất là các bệnh lý nhiễm trùng, trong đó viêm màng não chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), viêm họng và sốt virus lần lượt là 21,4% và 12,3%. Các nguyên nhân khác có tỷ lệ thấp hơn: migraine (7,4%), viêm não (2,3%), u não (1,9%), tăng huyết áp (1,3%) và xuất huyết não (1%). Phần lớn các cơn đau đầu ở trẻ em tại khoa Cấp cứu và Chống độc là các cơn đau đầu lành tính thứ phát liên quan đến nhiễm trùng đường hô hấp trên, sốt virus, viêm xoang... Cần chú ý dấu hiệu cảnh báo tình trạng nặng là: co giật, tăng áp lực nội sọ và liệt nửa người.

Từ khóa: Đau đầu cấp tính, không chấn thương, trẻ em, cấp cứu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau đầu là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là nhóm trẻ lứa tuổi học đường. Đây là nguyên nhân đứng hàng thứ ba khiến trẻ phải nhập viện cấp cứu.¹ Đã có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ đau đầu ở trẻ em trong 30 năm qua, sự gia tăng này là đáng báo động, làm ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, tâm lý xã hội và các hoạt động khác nhau trong cuộc sống.^{2,3} Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng tỷ lệ đau đầu thay đổi theo từng nhóm tuổi và ngày càng tăng ở trẻ trên 7 tuổi, trong đó đau đầu không do chấn thương chiếm 0,7% đến 2,6% số bệnh nhân vào các đơn vị cấp cứu.⁴ Việc tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân đau đầu ở trẻ em thường khó khăn và thách thức cho các

bác sĩ vì căn nguyên đa dạng, yếu tố khởi phát khác nhau cũng như đặc điểm về nhận thức và sự hợp tác của trẻ hạn chế. Do đó, chúng tôi chọn lứa tuổi học đường trên 7 tuổi vì hay gặp và đảm bảo tính chính xác hơn khi đánh giá triệu chứng ở lứa tuổi này. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng theo một số nguyên nhân ở trẻ 7 - 15 tuổi bị đau đầu cấp tính không do chấn thương nhập đơn vị cấp cứu nhi khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân từ 7 tuổi đến 15 tuổi có triệu chứng đau đầu cấp tính vào nhập khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các bệnh nhân từ 7 tuổi đến 15 tuổi có biểu hiện đau đầu cấp tính với các mức độ

Tác giả liên hệ: Lê Ngọc Duy

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: Drduy2411@gmail.com

Ngày nhận: 12/08/2024

Ngày được chấp nhận: 22/08/2024

khác nhau có chỉ định nhập viện theo dõi và điều trị tại khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương, được chẩn đoán, phân loại căn nguyên theo bảng phân loại quốc tế 2018 về các rối loạn đau đầu (ICHD-3)⁵:

+ Đau đầu là các chứng đau ở vùng đầu, gáy, vùng cổ trên, vùng mặt và hốc mắt, đau có thể khu trú ở một bên hoặc lan tỏa ở vùng đầu.

+ Đau đầu cấp tính: là những trường hợp đau đầu mới xuất hiện, diễn biến cấp tính hoặc những cơn đau đầu có cường độ tăng lên nhanh chóng, kéo dài không quá 3 tháng.

+ Đau đầu nguyên phát: là đau đầu không gây ra bởi một căn nguyên nào khác mà bản thân nó là một rối loạn do nhiều yếu tố tổng hợp, về gen, tiền sử phát triển tâm thần và môi trường tác động.

+ Đau đầu thứ phát: là đau đầu do một căn nguyên cụ thể gây ra, như u não, dị dạng túi phình động mạch, bệnh lý viêm nhiễm hệ thần kinh trung ương hay bất thường lưu thông dịch não tủy.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đau đầu do chấn thương, hồ sơ không đủ thông tin nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

309 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Chọn mẫu toàn bộ.

Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa, nhập và xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được thể hiện dưới dạng tỷ lệ % hoặc giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được sự chấp thuận của hội đồng y đức của Bệnh viện Nhi Trung ương theo QĐ số 648/BVN-HDDD ngày 08/04/2022.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu có 309 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích: trẻ trai gặp nhiều hơn trẻ gái với tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,5/1; tuổi trung bình là $9,6 \pm 2,1$ tuổi; tỷ lệ mắc đau đầu cấp tính cao nhất ở nhóm trẻ từ 7 - 10 tuổi là 70,2%, nhóm trẻ từ 11 - 15 tuổi chiếm 29,8%;

Bảng 1. Thời gian khởi phát đau đầu, vị trí đau và cường độ đau

Đặc điểm	n = 309	%	
Thời gian khởi phát đau đầu đến khi nhập viện	≤ 7 ngày	276	89,3
	7 - 14 ngày	22	7,1
	14 - 28 ngày	5	1,6
	28 - 90 ngày	6	2
	Đỉnh	27	8,7
Vị trí đau	Chẩm	24	7,8
	Trán, thái dương	126	40,8
	Nửa đầu	25	8,1
	Hai bên	6	1,9
	Không rõ vị trí	101	32,7

Đặc điểm	n = 309		%
Cường độ đau	Nhẹ	55	17,8
	Trung bình	212	68,6
	Nặng	48	13,6

Nhận xét: thời gian xuất hiện triệu chứng đau đầu đến khi nhập viện chủ yếu dưới 1 tuần (89,3%). Vị trí đau vùng trán, thái dương chiếm 40,8%. Cường độ đau ở mức trung bình hay

gặp nhất là 68,6%. Số ngày trung vị (IQR 25th - 75th) từ khi khởi phát đau đầu đến khi nhập viện là 2 (1 - 3) ngày.

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng theo một số nhóm nguyên nhân

Triệu chứng	Nguyên phát (n = 26)		Nhiễm trùng (n = 234)		Tăng áp lực nội sọ (n = 9)	
	n	%	n	%	n	%
Sốt	0	0	202	86,3	1	11,1
Nôn	16	61,5	117	50	8	88,9
Sợ ánh sáng	2	7,7	54	23,1	0	0
Ù tai	1	3,8	3	12,8	0	0
Chóng mặt	9	34,6	16	6,8	0	0
Nhìn mờ	2	7,7	0	0	1	11,1

Nhận xét: đau đầu kèm theo sốt thường do nhiễm trùng (86,3%). Triệu chứng nôn chiếm tỷ lệ cao trong cả 3 nhóm nguyên nhân và là triệu chứng thường gặp ở nhóm tăng áp lực nội

sọ (88,9%). Sợ ánh sáng/tiếng động gặp trong nhóm căn nguyên nhiễm trùng và đau đầu nguyên phát với tỷ lệ lần lượt là 23,1% và 7,7%.

Bảng 3. Các triệu chứng thực thể theo một số nhóm nguyên nhân

Triệu chứng	Nguyên phát (n = 26)		Nhiễm trùng (n = 234)		Tăng áp lực nội sọ (n = 9)	
	n	%	n	%	n	%
Rối loạn ý thức	0	0	1	0,4	0	0
Co giật	0	0	0	0	1	11,1
Yếu nửa người	0	0	0	0	2	22,2
Gáy cứng	0	0	98	41,8	1	11,1
Phù gai thị	0	0	1	0,4	2	11,7
Tăng huyết áp	0	0	1	0,4	1	11,7

Dấu hiệu gáy cứng gập với tỷ lệ 41,8% trong nhóm nguyên nhân nhiễm trùng, có 1 trường hợp tăng áp lực nội sọ. Các triệu chứng thần

kinh nghiêm trọng như rối loạn ý thức, co giật, yếu nửa người, phù gai thị không gặp ở nhóm đau đầu nguyên phát.

Bảng 4. Các căn nguyên gây đau đầu cấp tính ở trẻ

	Loại	Căn nguyên	n = 309	Tỷ lệ (%)	
Nguyên phát (n = 26)		Migraine	23	7,4	
		Đau đầu căng thẳng	3	1	
Thứ phát (n = 247)	Nhiễm trùng (n = 234)	Viêm màng não	103	33,3	
		Viêm não	7	2,3	
		Viêm hô hấp trên	66	21,4	
		Viêm xoang	17	5,5	
		Viêm tai giữa	3	1	
		Sốt virus	38	12,3	
	Tăng áp lực nội sọ (n = 9)	Xuất huyết não	3	1	
		U não	6	1,9	
			Tăng huyết áp	4	1,3
			Chưa rõ nguyên nhân	36	11,6
Tổng			309	100	

Nhận xét: số bệnh nhân đau đầu thứ phát chiếm tỷ lệ cao nhất là 80%; nguyên nhân thường gặp là nhiễm trùng, trong đó viêm màng não chiếm tới 33,3%, viêm đường hô hấp trên và sốt virus lần lượt là 21,4% và 12,3%.

IV. BÀN LUẬN

Đau đầu cấp tính trong cấp cứu nhi khoa hiện nay còn ít các nghiên cứu đề cập đến, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 309 trẻ ở nhóm tuổi từ 7 đến 15 tuổi có biểu hiện đau đầu cấp tính không do chấn thương tại Khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương. Có sự khác biệt về tỷ lệ đau đầu cấp tính theo giới tính với tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,5/1. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đau đầu ở trẻ trai có xu hướng cao hơn so với trẻ

gái, trong khi đó theo nghiên cứu của Massano D và Pascual, tỷ lệ đau đầu ở trẻ gái cao hơn trẻ trai.⁶⁻⁹ Tần suất đau đầu cao hơn ở trẻ trai trước tuổi dậy thì và ở trẻ gái sau tuổi dậy thì.¹⁰ Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu ở những địa điểm khác nhau, cỡ mẫu và đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Tuổi trung bình của trẻ đau đầu cấp tính trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,6 \pm 2,1$ tuổi trong đó nhóm 7 - 10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 70,2%. Sự khác biệt về tỷ lệ đau đầu cấp tính theo lứa tuổi được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Hsiao và cộng sự cũng cho thấy lứa tuổi thường gặp đau đầu nhất là trẻ em tiểu học từ 6 - 11 tuổi.¹⁰ Một báo cáo khác cũng chỉ ra rằng tỷ lệ đau đầu thay đổi theo tuổi trong đó đau đầu ở trẻ trên 7

tuổi lên tới 75%.¹¹ Kết quả ở bảng 1 cho thấy số ngày trung vị (IQR 25th - 75th) từ khi khởi phát đau đầu đến khi nhập viện là 2 (1 - 3) ngày, trong đó 89,3% trẻ có triệu chứng đau đầu dưới 1 tuần. Nghiên cứu của Conicella và cộng sự cũng chỉ ra 93% bệnh nhân khởi phát đau đầu trong thời gian ngắn đến khi nhập viện.⁷ Theo thống kê của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân đau đầu do căn nguyên nhiễm trùng thường có thời gian khởi phát đau đầu dưới 1 tuần. Các bệnh đau đầu nguyên phát có thời gian khởi phát kéo dài hơn. Tỷ lệ lớn trẻ có thời gian đau đầu dưới 1 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi đã phản ánh phần nào sự quan tâm của cha mẹ và người chăm sóc trẻ, đã phát hiện và đưa trẻ đi khám sớm. Về vị trí đau, chúng tôi thấy hay gặp nhất là vùng trán và thái dương, chiếm tỷ lệ 40,8%. Vị trí đau vùng đỉnh, chẩm hay đau một bên hoặc hai bên chiếm tỷ lệ thấp và có 32,7% trường hợp không rõ vị trí đau. So sánh với nghiên cứu của Kang và Conicella, tỷ lệ trẻ đau đầu vùng trán và thái dương cũng cao hơn vùng đỉnh, chẩm hay một hoặc hai bên.^{7,12}

Đau đầu cấp tính có thể biểu hiện cơn đau đơn độc hoặc phối hợp với các triệu chứng lâm sàng khác. Các triệu chứng cơ năng kèm theo đau đầu được trình bày trong bảng 2 cho thấy sốt và nôn là hai triệu chứng thường gặp nhất. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Conicella và cộng sự: nôn là triệu chứng phổ biến nhất và thường liên quan với đau đầu thứ phát.⁷ Các triệu chứng còn lại như ù tai sợ ánh sáng/tiếng động, nhìn mờ, co giật, yếu nửa người, suy giảm chức năng thần kinh đều có sự khác về tỷ lệ trong các nghiên cứu khác nhau. Các triệu chứng lâm sàng cảnh báo đau đầu nguy hiểm là: liệt nửa người, phù gai thị và co giật. Nghiên cứu của Rossi và cộng sự thấy các dấu hiệu “cờ đỏ” trên lâm sàng cho đau đầu nguy hiểm là: liệt dây thần kinh sọ, lác mắt và lơ mơ.⁶ Nghiên cứu của Güngör chỉ ra rằng đau đầu mức độ nặng diễn biến nhanh và

nôn là dấu hiệu hữu ích nhất để tiên lượng bệnh nặng.¹³ Các triệu chứng cảnh báo khác nhau ở các nghiên cứu có thể do quan điểm lâm sàng và đặc điểm đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3), dấu hiệu gáy cứng hay gập chiếm 41,8% trong nhóm nguyên nhân nhiễm trùng, có 1 trường hợp tăng áp lực nội sọ. Các triệu chứng thần kinh nghiêm trọng như rối loạn ý thức, co giật, yếu nửa người, phù gai thị không gặp ở nhóm đau đầu nguyên phát, kết quả này cũng tương đồng như các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo nghiên cứu của Scagni tại khoa cấp cứu Nhi khoa ở Ý, các rối loạn thần kinh gặp ở 3% tổng số bệnh nhân đau đầu với các biểu hiện như mất ý thức, hôn mê, liệt nửa người và các bất thường vận động khu trú.¹⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có dấu hiệu thần kinh khu trú nằm trong nhóm căn nguyên tăng áp lực nội sọ, nhiễm trùng thần kinh trung ương và một số nằm trong nhóm đau đầu chưa rõ nguyên nhân. Các triệu chứng này không xuất hiện trong nhóm đau đầu nguyên phát, điều này có khác biệt so với nghiên cứu của Massano và cộng sự trên đối tượng trẻ đau đầu có các dấu hiệu thần kinh khu trú ở nhóm trẻ được chẩn đoán migraine, động kinh, u não và huyết khối xoang tĩnh mạch não.⁸ Có thể thấy sự tương đồng giữa các nghiên cứu khi có rối loạn ý thức, các dấu hiệu thần kinh khu trú, bao gồm liệt vận động đều định hướng đến một tổn thương nội sọ.^{6,13,14}

Bảng 4 cho thấy: nguyên nhân thường gặp của đau đầu cấp tính ở trẻ em thường là thứ phát do nhiễm trùng (75,7%) trong đó viêm màng não chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 33,3%, tiếp theo là viêm đường hô hấp trên và sốt virus. Các nguyên nhân khác gặp với tỷ lệ thấp hơn như migraine (7,4%), viêm não (2,3%), u não (1,9%), tăng huyết áp (1,3%) và xuất huyết não (1%). Một số nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra rằng nguyên nhân phổ biến nhất của đau

đầu ở trẻ em là đau đầu thứ phát, chủ yếu là các trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp.^{15,16} Theo Burton và cộng sự, các bệnh do virus, viêm đường hô hấp trên, viêm xoang là các chẩn đoán phổ biến nhất trong khoa cấp cứu Nhi khoa.¹⁵ Các tổn thương thần kinh nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến tính mạng gặp với tỷ lệ thấp (6%), trong đó hay gặp nhất là viêm màng não do virus.

V. KẾT LUẬN

Đau đầu là triệu chứng thường gặp ở nhóm tuổi học đường và chủ yếu là đau đầu lành tính thứ phát liên quan đến nhiễm trùng đường hô hấp trên, sốt virus. Các căn nguyên nguy hiểm đe dọa tính mạng mặc dù ít gặp nhưng cần phải được chẩn đoán sớm dựa trên các dấu hiệu cảnh báo tình trạng nặng là co giật, tăng áp lực nội sọ và liệt nửa người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lateef TM, Merikangas KR, He J, et al. Headache in a national sample of American children: prevalence and comorbidity. *J Child Neurol.* 2009; 24(5): 536-543. doi:10.1177/0883073808327831.
2. Ozge A, Termine C, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wöber-Bingöl C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. *J Headache Pain.* 2011; 12(1): 13-23. doi:10.1007/s10194-011-0297-5.
3. Antonaci F, Voiticovschi-Iosob C, Di Stefano AL, Galli F, Ozge A, Balottin U. The evolution of headache from childhood to adulthood: a review of the literature. *J Headache Pain.* 2014; 15(1): 15. doi:10.1186/1129-2377-15-15.
4. Straube A, Heinen F, Ebinger F, von Kries R. Headache in school children: prevalence and risk factors. *Dtsch Arzteblatt Int.* 2013; 110(48):

811-818. doi:10.3238/arztebl.2013.0811 .

5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018; 38(1): 1-211. doi:10.1177/0333102417738202.

6. Rossi R, Versace A, Lauria B, et al. Headache in the pediatric emergency department: A 5-year retrospective study. *Cephalalgia.* 2018; 38(11): 1765-1772. doi:10.1177/0333102417748907.

7. Conicella E, Raucci U, Vanacore N, et al. The child with headache in a pediatric emergency department. *Headache.* 2008; 48(7): 1005-1011. doi:10.1111/j.1526-4610.2007.01052.x.

8. Massano D, Jullian S, Kanagarajah L, et al. Headache with focal neurologic signs in children at the emergency department. *J Pediatr.* 2014; 165(2): 376-382. doi:10.1016/j.jpeds.2014.04.053.

9. Pascual J, Berciano J. Clinical experience with headaches in preadolescent children. *Headache.* 1995; 35(9): 551-553. doi:10.1111/j.1526-4610.1995.hed3509551.x.

10. Hsiao HJ, Huang JL, Hsia SH, Lin JJ, Huang IA, Wu CT. Headache in the pediatric emergency service: a medical center experience. *Pediatr Neonatol.* 2014; 55(3): 208-212. doi:10.1016/j.pedneo.2013.09.008.

11. Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ.* 2001; 15:1145. doi: 10.1136/bmj.322.7295.1145.

12. Kang BS, Lee J, Choi JH, Kwon HH, Kang JW. Clinical manifestations of headache in children younger than 7 years. *Korean J Pediatr.* 2018; 61(11): 355-361. doi:10.3345/kjp.2018.06331.

13. Güngör A, Göktuğ A, Bodur İ, Öztürk

B, Güneylüođlu MM, Yaradilmiř RM, Tekeli A, Karacan CD, Tuygun N. Retrospective Evaluation of Acute Headache in Pediatric Emergency Department: Etiologies, Red Flags, and Neuroimaging. *Neurologist*. 2022 May 1;

27(3): 95-99.

14. Scagni P., Pagliero R. Headache in an Italian pediatric emergency department. *J. Headache Pain*. 2008; 9: 83–87. doi: 10.1007/s10194-008-0014-1.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE NON-TRAUMATIC HEADACHE IN CHILDREN AGED FROM 7 TO 15 YEARS OLD

A retrospective descriptive study was conducted on 309 pediatric patients admitted to the Department of Emergency and Poison Control at Vietnam National Children's Hospital from January 2020 to December 2021 to describe the clinical characteristics by specific causes of acute non-traumatic headaches in children aged 7 to 15 years old. Acute headache was more commonly observed in boys, with a male-to-female ratio of 1.5/1. The average age was 9.6 ± 2.1 years old. The most common cause was infectious diseases, with meningitis being the most prevalent (33.3 %), followed by pharyngitis (21.4%) and viral fever (12.3 %). Other less frequent causes were migraine (7.4%), encephalitis (2.3%), brain tumor (1.9%), hypertension (1.3%), and cerebral hemorrhage (1%). The majority of headache in children in the Department of Emergency and Poison Control was benign secondary headaches related to upper respiratory tract infections, viral fever, and sinusitis. Warning signs of severe conditions included seizures, increased intracranial pressure, and hemiplegia.

Keywords: Acute headache, non-traumatic, children, emergency.